



FORMULARZ CZŁONKOWSKI

Imię i nazwisko

Stopień / Tytuł naukowy

Miejsce pracy / Stanowisko

Adres służbowy (jeśli dotyczy)

.....

Adres domowy

.....

Telefon kontaktowy

E-mail:

Oświadczenie

Deklaruję przynależność do Polskiego Towarzystwa Historii Nauk Medycznych jako członek zwyczajny. Zobowiązuję się do płacenia składek członkowskich.

Czytelny podpis

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie aktywności organizacyjnej Polskiego Towarzystwa Historii Nauk Medycznych. Administratorem danych osobowych jest Polskie Towarzystwo Historii Nauk Medycznych z siedzibą w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 49A. Celem przetwarzania danych osobowych jest organizowanie zjazdów, konferencji i innych wydarzeń naukowych, rozwijanie ruchu naukowego w zakresie historii nauk medycznych.

Zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości e-mail lub pocztą tradycyjną na adres Towarzystwa.

Data, miejsce i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę